ແບບຟອມຮ້ອງຮຽນກ່ຽວກັບໃບບິນຄ່າປິ່ນປົວໃນໂຮງໝໍ

HCAI-Legal-560 (REV 12/23/2025)

- ທ່ານສາມາດຍື່ນແບບຟອມຮ້ອງຮຽນຂອງທ່ານທາງອອນລາຍໄດ້ທີ່: hcai.ca.gov/HospitalBillHelp.
- ສຳລັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການຮ້ອງຮຽນໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ ທ່ານສາມາດຕິດຕໍ່ຫາ Health Consumer Alliance ໄດ້ໂດຍເຂົ້າໄປທີ່ healthconsumer.org ຫຼື ໂດຍໂທເບີ (888) 804-3536.
- ໂຄງການນີ້ບໍ່ມີເຂດອຳນາດ (ອຳນາດ) ໃນການຈັດການແກ້ໄຂຂໍ້ຂັດແຍ້ງກ່ຽວກັບການຮຽກເກັບເງິນ ແລະ ຄ່າທຳນຽມທ່ອໄປ, ຄວາມໂປ່ງໃສຂອງລາຄາ, ການປະເມີນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໂດຍສຸດຈະລິດ ຫຼື ການຮຽກເກັບເງິນໂດຍຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຫ້ອງສຸກເສີນ (ນອກເໜືອຈາກຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງສະຖານພະຍາບານ).
- ຖ້າທ່ານສົ່ງເອກະສານທາງໄປສະນີ ກະລຸນາສົ່ງສະເພາະສຳເນົາເອກະສານເທົ່ານັ້ນ. **ຢ່າສົ່ງເອກະສານຕົ້ນສະບັບມາ ເພາະຈະບໍ່ມີການສົ່ງເອກະສານຄືນໃຫ້ທ່ານ.**

ພາກສ່ວນທີ 1. ຂໍ້ມູນຄົນເຈັບ

_____ _____

1. ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ
2. ຊື່ທີ່ຕ້ອງການໃຊ້ (ສາມາດເລືອກຕອບໄດ້)

3. ເພດ: ☐ ເພດຍິງ ☐ ເພດຊາຍ ☐ ບໍ່ຮູ້ ☐ ບໍ່ຕ້ອງການລະບຸ

4. ວັນເດືອນປີເກີດ: _____
5. ຄົນເຈັບເສຍຊີວິດແລ້ວບໍ? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

6. ຄົນເຈັບເປັນເດັກນ້ອຍບໍ? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

7. ສຳລັບຄົນເຈັບທີ່ເປັນເດັກນ້ອຍ ກະລຸນາຂຽນຊື່ຂອງພໍ່ຫຼືແມ່ ຫຼື ຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍຂອງເຂົາເຈົ້າ: _____

_____

8. ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ, ເມືອງ, ລັດ, ລະຫັດໄປສະນີ (5 ຕົວເລກ), ຊື່ປະເທດ

_____ _____ _____

9. ເບີໂທລະສັບຫຼັກ
10. ເບີໂທລະສັບສຳຮອງ
11. ທີ່ຢູ່ອີເມວ

12. ມີບຸກຄົນອື່ນໃດນອກຈາກ ພໍ່ຫຼືແມ່ ຫຼື ຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍຂອງເດັກທີ່ມີອາຍຸຕ່ຳກວ່າ 18 ປີ ຊ່ວຍທ່ານຍື່ນຄຳຮ້ອງຮຽນບໍ? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
ຖ້າແມ່ນ ກະລຸນາກອກແບບຟອມຜູ້ຕ່າງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບມອບໝາຍໃນໜ້າ 12.

ພາກສ່ວນທີ 2. ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບຄອບຄົວ (ໃນຂະນະທີ່ໄດ້ຮັບບໍລິການຈາກໂຮງໝໍ)

13. ຈຳນວນສະມາຊິກໃນຄອບຄົວ: _____

ສຳລັບຄົນເຈັບທີ່ມີອາຍຸ 18 ປີຂຶ້ນໄປ ຄອບຄົວຈະລວມເຖິງບຸກຄົນຕໍ່ໄປນີ້: ຄູ່ສົມລົດ, ຄູ່ຮ່ວມຊີວິດ, ແລະ ລູກທີ່ຢູ່ໃນຄວາມດູແລທີ່ມີອາຍຸຕ່ຳກວ່າ 21 ປີ, ຫຼື ບໍ່ຈຳກັດອາຍຸຖ້າເປັນຄົນພິການ ບໍ່ວ່າຈະອາໄສຢູ່ເຮືອນດຽວກັນ ຫຼື ບໍ່ ກໍ່ຕາມ. ສຳລັບຄົນເຈັບທີ່ມີອາຍຸຕ່ຳກວ່າ 18 ປີ ຫຼື ສຳລັບເດັກທີ່ຢູ່ໃນຄວາມດູແລທີ່ມີອາຍຸ 18 ຫາ 20 ປີ ຄອບຄົວຈະລວມເຖິງບຸກຄົນຕໍ່ໄປນີ້: ພໍ່ແມ່, ຍາດພີ່ນ້ອງທີ່ເປັນຜູ້ດູແລ ແລະ ລູກຄົນອື່ນໆຂອງພໍ່ແມ່ ຫຼື ລູກຂອງຍາດພີ່ນ້ອງທີ່ເປັນຜູ້ດູແລທີ່ມີອາຍຸຕ່ຳກວ່າ 21 ປີ ຫຼື ບໍ່ຈຳກັດອາຍຸຖ້າເປັນຄົນພິການ.
ຖ້າລະບຸຊື່ສະມາຊິກໃນຄອບຄົວຫຼາຍກວ່າຫ້າຄົນ ໃຫ້ກອກຂໍ້ມູນໃສ່ໃນໜ້າ 11.

ລຳດັບທີ	ຊື່ເຕັມ	ອາຍຸ	ຄວາມສຳພັນກັບຄົນເຈັບ
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

ພາກສ່ວນທີ 3. ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບໂຮງໝໍ

14. ຊື່ໂຮງໝໍ: _____

15. ທີ່ຢູ່, ເມືອງ, ລັດ, ລະຫັດໄປສະນີ (5 ຕົວເລກ): _____

16. ວັນທີໃຫ້ບໍລິການທີ່ໂຮງໝໍຮຽກເກັບເງິນ: _____

ກະລຸນາໃຫ້ສຳເນົາໃບບິນໃດໆ ຖ້າມີ.

17. ທ່ານໄດ້ຈ່າຍເງິນຈຳນວນໃດໆສຳລັບບໍລິການດັ່ງກ່າວແລ້ວບໍ? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ☐ ບໍ່ຮູ້

ຖ້າແມ່ນ ກະລຸນາຄັດຕິດເອກະສານສະໜັບສະໜູນ ແລະ ວັນທີຈ່າຍເງິນຄັ້ງສຸດທ້າຍ ຖ້າມີ: _____

18. ທ່ານໄດ້ສະໝັກຂໍສ່ວນຫຼຸດ ແລະ/ຫຼື ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນຈາກໂຮງໝໍກ່ອນທີ່ທ່ານຈະຍື່ນຄຳຮ້ອງຮຽນນີ້ບໍ?
☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ຖ້າບໍ່ແມ່ນ ໃຫ້ຂ້າມໄປພາກສ່ວນທີ 4. *ຖ້າແມ່ນ ກະລຸນາລະບຸລາຍໄດ້ຂອງຄອບຄົວຂອງທ່ານໃນວັນທີທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ ໃບບິນຄ່າບໍລິການຄັ້ງທຳອິດ ຫຼື ໃນຊ່ວງ 12 ເດືອນກ່ອນວັນທີທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບໃບບິນຄ່າບໍລິການຄັ້ງທຳອິດສຳລັບບໍລິການນັ້ນ.*

ລາຍໄດ້ຂອງຄອບຄົວຄົນເຈັບ: _____

☐ ຕໍ່ອາທິດ ☐ ຕໍ່ສອງອາທິດ ☐ ຕໍ່ເດືອນ ☐ ຕໍ່ປີ ☐ ອື່ນໆ: _____

19. ວັນທີທີ່ທ່ານໄດ້ຍື່ນໃບສະໝັກຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ: _____

20. ຄຳຮ້ອງຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນຂອງທ່ານຖືກປະຕິເສດບໍ? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ຖ້າແມ່ນ ກອກວັນທີອຸທອນ ຖ້າກ່ຽວຂ້ອງ: _____

ພາກສ່ວນທີ 4. ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບແຜນປະກັນສຸຂະພາບ

21. ມີສ່ວນໃດສ່ວນໜຶ່ງຂອງບໍລິການຂອງໂຮງໝໍທີ່ໄດ້ຮັບຄວາມຄຸ້ມຄອງໂດຍການປະກັນການບາດເຈັບຈາກການເຮັດວຽກ, ປະກັນລົດຍົນ ຫຼື ປະກັນໄພອື່ນໆທີ່ບໍ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ຂ້າງເທິງບໍ? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ☐ ບໍ່ຮູ້

22. ທ່ານໄດ້ລົງທະບຽນໃນແຜນປະກັນສຸຂະພາບ, ແຜນປະກັນໄພ ແລະ/ຫຼື ໂຄງການປະກັນໄພຂອງລັດຖະບານ (ເຊັ່ນ: Medi-Cal, Medicare, ປະກັນເສີມ Medicare, ແລະອື່ນໆ) ໃນຊ່ວງວັນທີໃຫ້ບໍລິການໃດໆທີ່ກ່າວເຖິງບໍ?
☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ☐ ບໍ່ຮູ້

ຖ້າແມ່ນ ກະລຸນາລະບຸປະເພດຄວາມຄຸ້ມຄອງ, ອັນທີ່ຄວາມຄຸ້ມຄອງມີຜົນບັງຄັບໃຊ້, ໝາຍເລກປະຈຳຕົວສະມາຊິກ ແລະ ເຮັດເຄື່ອງໝາຍໃສ່ກ່ອງປະເພດຄວາມຄຸ້ມຄອງຂ້າງລຸ່ມນີ້ສຳລັບຄວາມຄຸ້ມຄອງແຕ່ລະປະເພດ ຖ້າມີ.

_____	_____	_____
ຄວາມຄຸ້ມຄອງຫຼັກ	ອັນທີ່ຄຸ້ມຄອງ	ໝາຍເລກປະຈຳຕົວສະມາຊິກ

☐ ທຸລະກິດ/ນາຍຈ້າງ ☐ Medi-Cal ☐ Medicare ☐ Medicare Supplemental Insurance

_____	_____	_____
ຄວາມຄຸ້ມຄອງເພີ່ມເຕີມ	ອັນທີ່ເລີ່ມຄຸ້ມຄອງ	ໝາຍເລກປະຈຳຕົວສະມາຊິກ

☐ ທຸລະກິດ/ນາຍຈ້າງ ☐ Medi-Cal ☐ Medicare ☐ Medicare Supplemental Insurance

_____	_____	_____
ຄວາມຄຸ້ມຄອງອື່ນໆ	ອັນທີ່ເລີ່ມຄຸ້ມຄອງ	ໝາຍເລກປະຈຳຕົວສະມາຊິກ

☐ ທຸລະກິດ/ນາຍຈ້າງ ☐ Medi-Cal ☐ Medicare ☐ Medicare Supplemental Insurance

_____	_____	_____
ຄວາມຄຸ້ມຄອງອື່ນໆ	ອັນທີ່ເລີ່ມຄຸ້ມຄອງ	ໝາຍເລກປະຈຳຕົວສະມາຊິກ

☐ ທຸລະກິດ/ນາຍຈ້າງ ☐ Medi-Cal ☐ Medicare ☐ Medicare Supplemental Insurance

23. ແຜນປະກັນສຸຂະພາບ, ແຜນປະກັນໄພ ແລະ/ຫຼື ໂຄງການປະກັນສຸຂະພາບຂອງລັດຖະບານໄດ້ດຳເນີນການອະນຸມັດການຈ
ບີກຈ່າຍຄ່າບໍລິການໃດໆທີ່ໂຮງໝໍຮຽກເກັບເງິນແລ້ວບໍ?
☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ☐ ບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງ ☐ ບໍ່ຮູ້

ພາກສ່ວນທີ 5. ຂໍ້ມູນການທວງຫນີ້

24. ໂຮງໝໍໄດ້ຂາຍຫນີ້ຄ່າປິ່ນປົວທາງການແພດນີ້ໃຫ້ກັບບໍລິສັດທວງຫນີ້ແລ້ວບໍ ຫຼື
ທ່ານມີຄວາມສ່ຽງທີ່ຈະຖືກສົ່ງເລື່ອງໄປຫາບໍລິສັດທວງຫນີ້ບໍ? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ☐ ບໍ່ຮູ້

25. ຖ້າແມ່ນ ຫນີ້ດັ່ງກ່າວໄດ້ຖືກລາຍງານໄປຍັງສຳນັກງານຂໍ້ມູນເຄຣດິດບໍ ຫຼື
ສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ບົດລາຍງານເຄຣດິດ/ຄະແນນເຄຣດິດຂອງທ່ານບໍ?
☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ☐ ບໍ່ຮູ້ ☐ ບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງ

ຖ້າແມ່ນ ກະລຸນາໃຫ້ສຳເນົາບົດລາຍງານເຄຣດິດຂອງທ່ານ.

26. ອັນທີ່ທີ່ຫນີ້ຖືກຂາຍໃຫ້ກັບບໍລິສັດທວງຫນີ້ ຫຼື ອັນທີ່ທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບແຈ້ງເຕືອນວ່າໃບບິນຄ່າປິ່ນປົວຂອງໂຮງໝໍຂອງທ່ານ
ອາດຈະຖືກສົ່ງໄປໃຫ້ຫາບໍລິສັດທວງຫນີ້ ຖ້າກ່ຽວຂ້ອງ ແລະຖ້າມີ: _____

ພາກສ່ວນທີ 6. ຂໍ້ມູນການຮ້ອງຮຽນ

ຄຳອະທິບາຍກ່ຽວກັບເລື່ອງທີ່ທ່ານຕ້ອງການຮ້ອງຮຽນ: _____

_____

_____

ຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ໃຫ້ໄວ້ໃນການຍື່ນຄຳຮ້ອງຮຽນນີ້ເປັນຄວາມຈິງ ແລະ ຖືກຕ້ອງຕາມທີ່ຂ້າພະເຈົ້າຮູ້ ແລະເຂົ້າໃຈດີທີ່ສຸດ.

_____

ຊື່ຄົນເຈັບ (ຂຽນ)

_____

ລາຍເຊັນຂອງຄົນເຈັບ ຫຼື ຜູ້ຕ່າງໜ້າທາງກົດໝາຍ

ໂປດຊາບ: ຕ້ອງກອກແບບຟອມຜູ້ຕ່າງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບມອບໝາຍໃຫ້ຄົບຖ້ວນ ຖ້າຜູ້ຕ່າງໜ້າທາງກົດໝາຍເປັນຜູ້ລົງນາມໃນແບບຟອມຄຳຮ້ອງຮຽນ.

ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ພະແນກສົ່ງຕໍ່ຄຳຮ້ອງຮຽນຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄປຫາພະແນກສາທາລະນະສຸກຂອງລັດ ສຳລັບບັນຫາທີ່ເກີດຂຶ້ນກ່ອນວັນທີ 1 ມັງກອນ 2024. ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ພາກສ່ວນທີ 7. ການເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນ

HCAI-Legal-562 (REV 12/23/2025)

ຂ້າພະເຈົ້າ, [ຂຽນຊື່ຄົນເຈັບ] _____ ອະນຸຍາດໃຫ້ [ຂຽນຊື່ໂຮງໝໍ] _____ ເປີດເຜີຍບັນທຶກສຸຂະພາບທັງໝົດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ເຊິ່ງລວມເຖິງແຕ່ບໍ່ຈຳກັດສະເພາະຂໍ້ມູນດ້ານການເງິນ, ການຮຽກເກັບເງິນ, ຂໍ້ມູນທາງການແພດ, ສຸຂະພາບຈິດ, ບັນຫາການໃຊ້ສານເສບຕິດ, ເຊື້ອເອຊໄອວີ, ບົດລາຍງານພາບອິນິດໂສທາງການແພດ ແລະ ບັນທຶກອື່ນໆທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການຮ້ອງຮຽນທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຍື່ນ ຫຼື ຍື່ນໃນນາມຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ກັບພະແນກການເຂົ້າເຖິງການດູແລສຸຂະພາບແລະຂໍ້ມູນລັດຄາລິຟໍເນຍ (HCAI), ໂຄງການຮ້ອງຮຽນກ່ຽວກັບໃບບິນຄ່າປິ່ນປົວຂອງໂຮງໝໍ (HBCP) ເພື່ອຈຸດປະສົງໃນການພິຈາລະນາວ່າໂຮງໝໍດັ່ງກ່າວນັ້ນປະຕິບັດຕາມກົດໝາຍວ່າດ້ວຍການຮຽກເກັບເງິນຄ່າປິ່ນປົວທີ່ຍຸດຕິທຳຂອງໂຮງໝໍ ແລະ ກົດລະບຽບທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ ຫຼື ບໍ່.

ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າບັນທຶກຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບບັນຫາການໃຊ້ສານເສບຕິດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ຖ້າມີ, ແມ່ນໄດ້ຮັບຄວາມຄຸ້ມຄອງພາຍໃຕ້ກົດລະບຽບຂອງລັດຖະບານກາງທີ່ຄຸ້ມຄອງການຮັກສາຄວາມລັບ ແລະ ບັນທຶກຂອງຄົນເຈັບທີ່ມີບັນຫາການໃຊ້ສານເສບຕິດ ຕາມຂໍ້ກຳນົດ 42 CFR, ພາກທີ 2 ແລະ ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍການເຄື່ອນຍ້າຍ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບໃນການປະກັນສຸຂະພາບປີ 1996 (HIPAA), 45 CFR pts 160 & 164, ແລະຈະບໍ່ສາມາດເປີດເຜີຍໄດ້ຖ້າບໍ່ໄດ້ຮັບຄວາມຍິນຍອມເປັນລາຍລັກອັກສອນຈາກຂ້າພະເຈົ້າ ເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າຈະມີຂໍ້ກຳນົດໄວ້ເປັນຢ່າງອື່ນໃນກົດລະບຽບ.

ການອະນຸຍາດໃຫ້ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນສຸຂະພາບຂອງຂ້າພະເຈົ້ານີ້ຈະມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ຈົນກວ່າຄຳຮ້ອງຮຽນຂອງຂ້າພະເຈົ້າທີ່ HCAI ຈະໄດ້ຮັບການແກ້ໄຂຈົນສຳເລັດ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຂ້າພະເຈົ້າມີສິດທີ່ຈະຍົກເລີກເພີກຖອນການອະນຸຍາດໃຫ້ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນສຸຂະພາບນີ້ໄດ້ທຸກເວລາ ແລະ ຂ້າພະເຈົ້າສາມາດເຮັດໄດ້ໂດຍສົ່ງໜັງສືແຈ້ງເປັນລາຍລັກອັກສອນທາງໄປສະນີໄປຍັງທີ່ຢູ່ຕໍ່ໄປນີ້:

Department of Health Care Access and Information
Hospital Fair Billing Program
2020 West El Camino, Suite 1101
Sacramento, CA 95833

ເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າຈະມີການຍົກເລີກເພີກຖອນເປັນຢ່າງອື່ນ ໜັງສືອະນຸຍາດນີ້ຈະມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ເປັນເວລາ 12 ເດືອນນັບຈາກວັນທີທີ່ຂ້າພະເຈົ້າລົງນາມໃນແບບຟອມນີ້ ຫຼື ຈົນກວ່າເຮື່ອງຮ້ອງຮຽນຂອງຂ້າພະເຈົ້າຈະໄດ້ຮັບການແກ້ໄຂຈົນສຳເລັດ ແລ້ວແຕ່ວ່າເຫດການໃດຈະເກີດຂຶ້ນກ່ອນ. ການຍົກເລີກເພີກຖອນຈະມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ເມື່ອ HBCP ໄດ້ຮັບຄຳຮ້ອງຂໍຂອງຂ້າພະເຈົ້າເປັນລາຍລັກອັກສອນ ຍົກເວັ້ນແຕ່ໃນກໍລະນີທີ່ HBCP ຫຼື ບຸກຄົນອື່ນໄດ້ໃຊ້ຂໍ້ມູນທາງການແພດຂອງຂ້າພະເຈົ້າໂດຍໃຊ້ຄຳຍິນຍອມກ່ອນໜ້ານີ້ແລ້ວ.

ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າການອະນຸຍາດໃຫ້ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນສຸຂະພາບນີ້ເປັນການສະໝັກໃຈ ແຕ່ HBCP ບໍ່ສາມາດດຳເນີນການເລື່ອງຮ້ອງຮຽນຂອງຂ້າພະເຈົ້າກ່ຽວກັບການຮຽກເກັບເງິນຄ່າປິ່ນປົວຈາກໂຮງໝໍໄດ້ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ລົງນາມໃນເອກະສານອະນຸຍາດສະບັບນີ້.

ເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າກົດໝາຍຈະກຳນົດໄວ້ ກົດໝາຍຂອງລັດຄາລິຟໍເນຍຫ້າມບໍ່ໃຫ້ HCAI ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນສຸຂະພາບຂອງຂ້າພະເຈົ້າເພີ່ມເຕີມອີກ ເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າ HCAI ຈະໄດ້ຮັບອະນຸຍາດເພີ່ມເຕີມອີກຄັ້ງ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຖ້າຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ອະນຸຍາດໃຫ້ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນສຸຂະພາບຂອງຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ກັບບຸກຄົນທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບມອບໝາຍໃຫ້ຮັກສາຄວາມລັບຕາມກົດໝາຍ ຂໍ້ມູນດັ່ງກ່າວອາດຈະບໍ່ໄດ້ຮັບຄວາມຄຸ້ມຄອງອີກຕໍ່ໄປພາຍໃຕ້ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍການຮັກສາຄວາມລັບຂອງລັດ ຫຼື ຂອງລັດຖະບານກາງ.

ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຂ້າພະເຈົ້າມີສິດທີ່ຈະໄດ້ຮັບສຳເນົາເອກະສານການອະນຸຍາດນີ້.

ລາຍເຊັນຄົນເຈັບ: _____ ວັນທີ: _____

ຂຽນຊື່ຂອງທ່ານ: _____

ຖ້າແບບຟອມນີ້ກອກໂດຍບຸກຄົນທີ່ມີອຳນາດຕາມກົດໝາຍໃນການດຳເນີນການແທນບຸກຄົນອື່ນ ເຊັ່ນ: ພໍ່ຫຼືແມ່ ຫຼື ຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍຂອງຜູ້ເຍົາ ຫຼື ຕົວແທນດ້ານການດູແລສຸຂະພາບ ກະລຸນາກອກຂໍ້ມູນຕໍ່ໄປນີ້:

ຊື່ບຸກຄົນທີ່ກອກແບບຟອມນີ້: _____

ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ກອກແບບຟອມນີ້: _____

ວັນທີ: _____

ອະທິບາຍຂ້າງລຸ່ມນີ້ວ່າບຸກຄົນນີ້ມີສິດອຳນາດທາງກົດໝາຍໃນການລົງນາມໃນແບບຟອມນີ້ໄດ້ແນວໃດ:

_____

ຂໍ້ມູນປະຊາກອນ

ຄຳຖາມກ່ຽວກັບຂໍ້ມູນປະຊາກອນຕໍ່ໄປນີ້ຈະໃຊ້ເພື່ອຈຸດປະສົງໃນການລາຍງານ ແລະ ການວິເຄາະເທົ່ານັ້ນ. **ຂໍ້ມູນນີ້ເປັນຂໍ້ມູນທີ່ບໍ່ບັງຄັບກອກ. ຖ້າທ່ານບໍ່ຕ້ອງການໃຫ້ຂໍ້ມູນນີ້ ກໍຈະບໍ່ມີຜົນກະທົບຕໍ່ຜົນຮັບຂອງການຮ້ອງຮຽນຂອງທ່ານ ແຕ່ຢ່າງໃດ.**

1. (ພາສາ)

ພາສາທີ່ຕ້ອງການໃຊ້ໃນການສື່ສານ: _____

ທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ພວກເຮົາສື່ສານກັບທ່ານເປັນພາສາທີ່ທ່ານຖະນັດບໍ? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

2. ເຊື້ອຊາດ ແລະ/ຫຼື ຊາດພັນ

ທ່ານເປັນຄົນເຊື້ອຊາດ ແລະ/ຫຼື ຊາດພັນໃດ?
ເລືອກໝວດໝູ່ ແລະ ໝວດໝູ່ຍ່ອຍທັງໝົດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ ແລະ ປ້ອນລາຍລະອຽດເພີ່ມເຕີມໃນຊ່ອງຫວ່າງຂ້າງລຸ່ມນີ້. ໝາຍເຫດ ທ່ານສາມາດລາຍງານໄດ້ຫຼາຍກວ່າໜຶ່ງກຸ່ມ.

ຊາວອາເມຣິກັນພື້ນເມືອງ ຫຼື ຊາວພື້ນເມືອງອາລາສກາ☐
ໃຫ້ລາຍລະອຽດຂ້າງລຸ່ມນີ້.
☐ ຊົນເຜົ່ານາວາໂຮ ☐ ສາມາດເລືອກຂຽນຄຳຕອບໄດ້: _____

ຊາວອາຊີ ຫຼື ຊາວອາຊີອາເມຣິກັນ☐
ໃຫ້ລາຍລະອຽດຂ້າງລຸ່ມນີ້.
☐ ຊາວອາຊີ ☐ ຊາວກຳປູເຈຍ ☐ ຊາວຈີນ ☐ ຊາວຟີລິບປິນ ☐ ຊາວມົ້ງ ☐ ຊາວຍີ່ປຸ່ນ ☐ ຊາວເກົາຫຼີ
☐ ຊາວລາວ ☐ ຊາວປາກິສະຖານ ☐ ຊາວຫງວດນາມ ☐ ສາມາດເລືອກຂຽນຄຳຕອບໄດ້: _____

ຄົນຜິວດຳ ຫຼື ຄົນອາຟຣິກັນ-ອາເມຣິກັນ ☐
ໃຫ້ລາຍລະອຽດຂ້າງລຸ່ມນີ້.
☐ ຊາວອາຟຣິກັນ-ອາເມຣິກັນ ☐ ຊາວບາເບດຽນ ☐ ຊາວເອທິໂອເປຍ ☐ ຊາວການາ ☐ ຊາວເຮຕີ
☐ ຊາວຈາເມກາ ☐ ຊາວເຄນຍາ
☐ ຊາວໄນຈີເຣຍ ☐ ຊາວໂຊມາລີ ☐ ຊາວອາຟຣິກາໃຕ້ ☐ ຊາວຊູດານ ☐ ສາມາດເລືອກຂຽນຄຳຕອບໄດ້: _____

ຄົນເຊື້ອສາຍຮິສແປນິກ ຫຼື ລາຕິນ ☐
ໃຫ້ລາຍລະອຽດຂ້າງລຸ່ມນີ້.
☐ ຊາວໂດມຳເນຍ ☐ ຊາວຄິວບາ ☐ ຊາວໂດມິນິກັນ ☐ ຊາວເອກວາດໍ ☐ ຊາວກົວເຕມາລາ ☐ ຊາວຮອນດູຣັດ
☐ ຊາວແມັກຊິກັນ ຫຼື ຊາວແມັກຊິກັນອາເມຣິກັນ ☐ ຊາວເປີໂຕຣິໂກ ☐ ຊາວຊາລວາດໍ ☐ ຊາວສະເປນ
☐ ສາມາດເລືອກຂຽນຄຳຕອບໄດ້: _____

ຊາວຕາເວັນອອກກາງ ຫຼື ຊາວອາຟຣິກາເໜືອ ☐
ໃຫ້ລາຍລະອຽດຂ້າງລຸ່ມນີ້.
☐ ຊາວອັຟການິສຖານ ☐ ອານອ້ລຈີເຣຍ ☐ ຊາວອາເມເນຍ ☐ ຊາວອີຢິບ ☐ ຊາວອີຣານ ☐ ຊາວອີຣັກ
☐ ຊາວອິດສະລາເອນ ☐ ຊາວເຄີດ
☐ ຊາວເລບານອນ ☐ ຊາວໂມຣ໊ອກໂຄ ☐ ຊາວຊີເຣຍ ☐ ສາມາດເລືອກຂຽນຄຳຕອບໄດ້: _____

ຊາວຮາວາຍພື້ນເມືອງ ຫຼື ຊາວເກາະປາຊີຟິກ ☐
ໃຫ້ວາຍລະອຽດຂ້າງລຸ່ມນີ້.
☐ ຊາວຊາໂມໂຣ ☐ ຊາວຊູກີສ ☐ ຊາວຟີຈິ ☐ ຊາວກົວມາເນຍ ☐ຊາວມາຊັ້ລເລສ
☐ ຊາວຮາວາຍພື້ນເມືອງ ☐ ຊາວປາລໍອານ
☐ ຊາວຊາມົວ ☐ ຊາວຕາຮິຕີ ☐ ຊາວຕົງກາ ☐ ສາມາດເລືອກຂຽນຄຳຕອບໄດ້: _____
ຄົນເອີເຊຍ ☐
ໃຫ້ວາຍລະອຽດຂ້າງລຸ່ມນີ້.
☐ ຊາວໂຮນລັງ ☐ ຊາວອັງກິດ ☐ ຊາວຝຣັ່ງ ☐ ຊາວເຢຍລະມັນ ☐ ຊາວໄອແລນ ☐ ຊາວອິຕາລີ
☐ ຊາວນໍເວ ☐ ຊາວໂປແລນ
☐ ຊາວປອກຕຸຍການ ☐ ຊາວລັດເຊຍ ☐ ຊາວສະກັອດແລນ ☐ ສາມາດເລືອກຂຽນຄຳຕອບໄດ້: _____

3. ອັດຕາລັກທາງເພດ
ໃຫ້ວາຍລະອຽດຂ້າງລຸ່ມນີ້.
☐ ເພດຍິງ ☐ ເພດຊາຍ ☐ ຈາກເພດຍິງເປັນເພດຊາຍ/ຊາຍຂ້າມເພດ ຊາຍ/ທຣານສ໌ແມນ
☐ ຈາກເພດຊາຍເປັນເພດຍິງ/ຍິງຂ້າມເພດ/ທຣານສ໌ວູແມນ
☐ ເປັນຄົນບໍ່ຈຳກັດເພດ (ບໍ່ແມ່ນທັ້ງຊາຍ ແລະ ຍິງ) ☐ ບໍ່ຮູ້/ບໍ່ຕ້ອງການລະບຸ
☐ ສາມາດເລືອກຂຽນຄຳຕອບໄດ້: _____

ໜັງສືແຈ້ງການກ່ຽວກັບກົດໝາຍວ່າດ້ວຍການຄຸ້ມຄອງຂໍ້ມູນສ່ວນບຸກຄົນ ປີ 1977

ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍການຄຸ້ມຄອງຂໍ້ມູນສ່ວນບຸກຄົນ ປີ 1977 (ປະມວນກົດໝາຍແພ່ງລັດຄາລິຟໍເນຍມາດຕາ 1798.17) ກຳນົດໃຫ້ມີຕ້ອງມີການແຈ້ງການດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

- ມາດຕາ 127436 ຂອງປະມວນກົດໝາຍວ່າດ້ວຍສຸຂະພາບ ແລະ ຄວາມປອດໄພ ໃຫ້ອຳນາດແກ່ພະແນກການເຂົ້າເຖິງການດູແລສຸຂະພາບແລະຂໍ້ມູນລັດຄາລິຟໍເນຍ (HCAI) ໃນການສືບສວນການຮ້ອງຮຽນກ່ຽວກັບການຮຽກເກັບເງິນຂອງໂຮງໝໍທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບນະໂຍບາຍການຈ່າຍສ່ວນຫຼຸດໃນການຊຳລະເງິນ ແລະ/ຫຼື ການດູແລຄົນເຈັບທີ່ມີນະໂຍບາຍຊ່ວຍເຫຼືອຄົນຍາກຈົນຂອງໂຮງໝໍ.
- ໂຄງການກວດສອບຄວາມຖືກຕ້ອງຂອງຄ່າປິ່ນປົວຂອງໂຮງໝໍຂອງ HCAI ຈະໃຊ້ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວຂອງທ່ານໃນການສືບສວນຂໍຮ້ອງຮຽນກ່ຽວກັບການຮຽກເກັບເງິນຄ່າປິ່ນປົວຂອງໂຮງໝໍຂອງທ່ານ.
- ທ່ານສາມາດໃຫ້ຂໍ້ມູນນີ້ແກ່ HCAI ໂດຍສະໝັກໃຈ ເຖິງແມ່ນວ່າຈະບໍ່ແມ່ນຂໍ້ກຳນົດບັງຄັບກໍຕາມ. ຢ່າງໃດກໍ່ຕາມ ຖ້າທ່ານບໍ່ໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ຮ້ອງຂໍ ທາງ HCAI ອາດຈະບໍ່ສາມາດສືບສວນຄຳຮ້ອງຮຽນຂອງທ່ານໄດ້.
- HCAI ອາດຈະແບ່ງປັນຂໍ້ມູນສ່ວນບຸກຄົນຂອງທ່ານຕາມຄວາມຈຳເປັນກັບໂຮງໝໍ ແລະ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທາງການແພດ ເພື່ອໃຊ້ໃນການສືບສວນຂໍ້ຮ້ອງຮຽນຂອງທ່ານ.
- HCAI ອາດຈະເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນຂອງທ່ານກັບອົງການລັດຖະບານອື່ນໆຕາມທີ່ກົດໝາຍກຳນົດ ຫຼື ອະນຸຍາດໄວ້.
- ທ່ານມີສິດທີ່ຈະເບິ່ງຂໍ້ມູນສ່ວນບຸກຄົນຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ ຫຼື ມີຄຳຖາມກ່ຽວກັບຄວາມຮັບຜິດຊອບຕໍ່ຂໍ້ມູນສ່ວນບຸກຄົນທີ່ເກັບຮັກສາໂດຍ HCAI ກະລຸນາຕິດຕໍ່ເຈົ້າໜ້າທີ່ຝ່າຍຄວາມເປັນສ່ວນຕົວໄດ້ທີ່:

  Department of Health Care Access and Information
  Privacy Officer
  2020 West El Camino, Suite 800
  Sacramento, CA 95833
  Privacy.Officer@HCAI.ca.gov
  hcai.ca.gov/home/privacy-policy/

ກ່ອນທີ່ທ່ານຈະຍື່ນເອກະສານ

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ HCAI ສືບສວນວ່າໂຮງໝໍປະຕິເສດການໃຫ້ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານຄ່າປິ່ນປົວແກ່ທ່ານຢ່າງບໍ່ຖືກຕ້ອງ ຫຼື ບໍ່ ທ່ານຕ້ອງໄດ້ທຳການຍື່ນຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນຈາກໂຮງໝໍທີ່ທ່ານໄດ້ເຂົ້າຮັບບໍລິການແລ້ວກ່ອນ. ຖ້າທ່ານຍັງບໍ່ໄດ້ສະໝັກຂໍຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອກັບໂຮງໝໍ ທ່ານຄວນຕິດຕໍ່ໂຮງໝໍເພື່ອຂໍຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບວິທີຍື່ນສະໝັກ. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ທ່ານສາມາດໂທຕິດຕໍ່ Health Consumer Alliance ໄດ້ທີ່ເບີ (888) 804-3536 ຫຼື ໄປທີ່ healthconsumer.org ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ.

ວິທີການຍື່ນເອກະສານ

1. ຍື່ນເອກະສານທາງອອນລາຍໄດ້ທີ່ HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov
   (ນີ້ແມ່ນວິທີທີ່ໄວທີ່ສຸດໃນການຍື່ນ).
   ປະຕິບັດຕາມຄຳແນະນຳທາງອອນລາຍ ແລະ ລົງນາມໃນແບບຟອມຮ້ອງຮຽນ.
2. ຖ້າທ່ານໃຊ້ຜູ້ຕ່າງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບມອບໝາຍ ກະລຸນາກອກແບບຟອມ 'ຜູ້ຕ່າງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບມອບໝາຍ'.
3. ກະລຸນາຄັດຕິດສຳເນົາໃບແຈ້ງພາສີ ຫຼື ຕົ້ນຂົ້ວເຊັກເງິນເດືອນຫຼ້າສຸດຂອງທ່ານ.
4. ທ່ານສາມາດສົ່ງເອກະສານອື່ນໆທີ່ສະໜັບສະໜູນຄຳຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານ ເຊັ່ນ: ເອກະສານໃດໜຶ່ງຕໍ່ໄປນີ້:
   - ໃບປະເມີນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍເປັນລາຍລັກອັກສອນຈາກໂຮງໝໍ.
   - ເອກະສານໃດໆທີ່ສະແດງຫຼັກຖານການຈ່າຍເງິນສຳລັບບໍລິການທີ່ຖືກຮຽກເກັບເງິນໄປແລ້ວ.

- ການສື່ສານໃດໆກັບແຜນປະກັນສຸຂະພາບຂອງທ່ານ ຫຼື ໂຄງການປະກັນຂອງລັດຖະບານກ່ຽວກັບ ຄ່າບໍລິການທີ່ຖືກຮຽກເກັບເງິນ.
- ຫຼັກຖານທີ່ສະແດງໃຫ້ເຫັນວ່າຫນີ້ຄ່າປິ່ນປົວທາງການແພດໄດ້ຖືກຂາຍໃຫ້ກັບບໍລິສັດທວງຫນີ້ ຫຼື ມີຄວາມສ່ຽງທີ່ຈະຖືກສົ່ງໄປຫາບໍລິສັດທວງຫນີ້.
- ສຳເນົາບົດລາຍງານເຄຣດິດຂອງທ່ານ ຖ້າຄະແນນເຄຣດິດຂອງທ່ານໄດ້ຮັບຜົນກະທົບ.

ໂປດຊາບວ່າ ສະເພາະເອກະສານທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຍັນທຶທີ່ໃຫ້ບໍລິການທີ່ລະບຸໄວ້ໃນຄຳຮ້ອງຮຽນຂອງທ່ານເທົ່ານັ້ນ ທີ່ຈະໄດ້ຮັບການພິຈາລະນາ.

5. ຖ້າທ່ານບໍ່ສົ່ງແບບຟອມທາງອອນລາຍ ກະລຸນາສົ່ງແບບຟອມຄຳຮ້ອງຮຽນ ແລະ ເອກະສານສະໜັບສະໜູນໃດໆຂອງທ່ານທາງໄປສະນີໄປທີ່:

   Department of Health Care Access and Information
   Hospital Bill Complaint Program
   2020 West El Camino, Suite 1101
   Sacramento, CA 95833

ເອກະສານພາກຜະໜວກກ່ຽວກັບສະມາຊິກໃນຄອບ ເພີ່ມເຕີມ
HCAI-Legal-564 (REV 12/23/25)

ກະລຸນາກອກໜ້ານີ້ໃຫ້ຄົບຖ້ວນຖ້າທ່ານກຳລັງລະບຸສະມາຊິກຄອບຄົວເພີ່ມເຕີມ. ຖ້າຕ້ອງການພື້ນທີ່ເພີ່ມເຕີມ ກະລຸນາເຮັດສຳເນົາໜ້ານີ້ເພີ່ມເຕີມເພື່ອສົ່ງພ້ອມກັບຄຳຮ້ອງຮຽນຂອງທ່ານ.

ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບຄອບຄົວ

ສຳລັບຄົນເຈັບທີ່ມີອາຍຸ 18 ປີຂຶ້ນໄປ ຄອບຄົວຈະລວມເຖິງບຸກຄົນຕໍ່ໄປນີ້: ຄູ່ສົມລົດ, ຄູ່ຮ່ວມຊີວິດ, ແລະ ລູກທີ່ຢູ່ໃນຄວາມດູແລທີ່ມີອາຍຸຕ່ຳກວ່າ 21 ປີ ຫຼື ບໍ່ຈຳກັດອາຍຸຖ້າເປັນຄົນພິການ ບໍ່ວ່າຈະອາໄສຢູ່ເຮືອນດຽວກັນ ຫຼື ບໍ່ ກໍ່ຕາມ. ສຳລັບຄົນເຈັບທີ່ມີອາຍຸຕ່ຳກວ່າ 18 ປີ ຫຼື ສຳລັບເດັກທີ່ຢູ່ໃນຄວາມດູແລທີ່ມີອາຍຸ 18 ຫາ 20 ປີ ຄອບຄົວຈະລວມເຖິງບຸກຄົນຕໍ່ໄປນີ້: ພໍ່ແມ່, ຍາດພີ່ນ້ອງທີ່ເປັນຜູ້ດູແລ ແລະ ລູກຄົນອື່ນໆຂອງພໍ່ແມ່ ຫຼື ລູກຂອງຍາດພີ່ນ້ອງທີ່ເປັນຜູ້ດູແລທີ່ມີອາຍຸຕ່ຳກວ່າ 21 ປີ ຫຼື ບໍ່ຈຳກັດອາຍຸຖ້າເປັນຄົນພິການ.

ລຳດັບທີ	ຊື່ເຕັມ	ອາຍຸ	ຄວາມສຳພັນກັບຄົນເຈັບ
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			

ແບບຟອມຜູ້ຕ່າງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບມອບໝາຍ
HCAI-Legal-561 (REV 12/23/2025)

- ຖ້າທ່ານຕ້ອງການອະນຸຍາດໃຫ້ບຸກຄົນອື່ນເປັນຕົວແທນຂອງທ່ານ ຫຼື ຊ່ວຍເຫຼືອທ່ານໃນການຍື່ນເລື່ອງຮ້ອງຮຽນ ກະລຸນາກອກຂໍ້ມູນໃນພາກ A ແລະ B ຂ້າງລຸ່ມນີ້ໃຫ້ຄົບຖ້ວນ.
- **ຖ້າທ່ານເປັນພໍ່ຫຼືແມ່ ຫຼື ຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍທີ່ຍື່ນຄຳຮ້ອງຮຽນນີ້ແທນເດັກທີ່ມີອາຍຸຕ່ຳກວ່າ 18 ປີ ທ່ານບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງກອກແບບຟອມນີ້.**
- ຖ້າທ່ານຍື່ນຄຳຮ້ອງຮຽນນີ້ແທນຄົນເຈັບ ແລະ ທ່ານໄດ້ຮັບມອບໝາຍຕາມກົດໝາຍໃຫ້ດຳເນີນການແທນຄົນເຈັບ ກະລຸນາກອກຂໍ້ມູນໃສ່ສະເພາະພາກ B ເທົ່ານັ້ນ.
  ທ່ານຕ້ອງຄັດຕິດສຳເນົາເອກະສານທີ່ສະແດງວ່າທ່ານມີອຳນາດທາງກົດໝາຍໃນການເຮັດໜ້າທີ່ເປັນຕາຜູ້ຕ່າງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບມອບໝາຍຂອງຄົນເຈັບ.

ພາກ A: ກອກຂໍ້ມູນໂດຍຄົນເຈັບ

ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ບຸກຄົນທີ່ມີຊື່ລະບຸໄວ້ຂ້າງລຸ່ມນີ້ໃນພາກ B ປະຕິບັດໜ້າທີ່ແທນຂ້າພະເຈົ້າໃນການຍື່ນຄຳຮ້ອງຮຽນຕໍ່ພະແນກການເຂົ້າເຖິງການດູແລສຸຂະພາບແລະຂໍ້ມູນ (HCAI). ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ເຈົ້າໜ້າທີ່ຂອງ HCAI ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນດ້ານການເງິນ ແລະ ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບອາການເຈັບປ່ວຍ ແລະ ການດູແລທີ່ກ່ຽວຂ້ອງຂອງຂ້າພະເຈົ້າກັບບຸກຄົນທີ່ມີຊື່ທີ່ລະບຸໄວ້ຂ້າງລຸ່ມນີ້. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈ ແລະ ຮັບຮູ້ວ່າບົດບັນທຶກເຫຼົ່ານີ້ອາດຈະລວມເຖິງມີຂໍ້ມູນດ້ານການເງິນ, ການຮຽກເກັບເງິນ, ການແພດ, ສຸຂະພາບຈິດ, ການໃຊ້ສານເສບຕິດ, ເຊື້ອເອຊໄອວີ, ບົດລາຍງານພາບວິນິດໄສທາງການແພດ ແລະ ບັນທຶກອື່ນໆທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຄຳຮ້ອງຮຽນນີ້.

ການທີ່ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ມີການເປັນຕົວແທນນີ້ແມ່ນເປັນການສະໝັກໃຈ ແລະ ຂ້າພະເຈົ້າມີສິດທີ່ຈະຢຸດຕິການເປັນຕົວແທນນີ້ໄດ້. ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການຢຸດຕິການອະນຸຍາດ ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງເຮັດເອກະສານເປັນລາຍລັກອັກສອນ.

_____ _____

1. ລາຍເຊັນຄົນເຈັບ 2. ຊຶ່ງນຊື່ຄົນເຈັບ

3. ວັນທີ: _____

ພາກ B: ກອກຂໍ້ມູນໂດຍຜູ້ຊ່ວຍເຫຼືອຄົນເຈັບ

4. ຊື່ຄົນເຈັບ: _____

5. ຊື່ຂອງຜູ້ຕ່າງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບມອບໝາຍ

6. ຄວາມສຳພັນກັບຄົນເຈັບ: _____

_____

7. ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ, ເມືອງ, ລັດ, ລະຫັດໄປສະນີ (5 ຕົວເລກ), ຊື່ປະເທດ

_____ _____

8. ເບີໂທລະສັບ 9. ທີ່ຢູ່ອີເມວ

10. ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຕ່າງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບມອບໝາຍ 11. ວັນທີ

12. ☐ ໄດ້ຄັດຕິດເອກະສານຢັ້ງຢືນສິດອຳນາດທາງກົດໝາຍຂອງຂ້າພະເຈົ້າໃນການເຮັດໜ້າທີ່ເປັນຜູ້ຕ່າງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບມອບໝາຍຂອງຄົນເຈັບມາພ້ອມນີ້. (ເຮັດເຄື່ອງໝາຍບ່ອນນີ້ຖ້າກ່ຽວຂ້ອງ).